

# 変更届出書

保険変更  
住所・氏名・送付先変更  
再交付  
返還

## 特定医療費(指定難病)変更届出書

※太枠内を記載してください。変更となったカ所に☑を記載してください

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

患者	フリガナ							性別	生年月日				
	<input type="checkbox"/> 氏名							男 ・ 女	明・大 昭・平 令	年	月	日	年齢
	<input type="checkbox"/> 個人番号												
	フリガナ <input type="checkbox"/> 住所	〒						<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-			
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入してください)	フリガナ							続柄	生年月日				
	<input type="checkbox"/> 氏名								明・大 昭・平	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 個人番号												
	フリガナ <input type="checkbox"/> 住所	〒						<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-			
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合保護者)住所以外を希望の場合に記入)	フリガナ										続柄		
	<input type="checkbox"/> 氏名												
	フリガナ <input type="checkbox"/> 住所	〒						<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-			
<input type="checkbox"/> 患者が加入している医療保険	保険者名							保険者番号					
	被保険者氏名							記号・番号					
<input type="checkbox"/> 再交付	再交付の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>紛失のため</li> <li>き損, 汚損のため</li> <li>その他 ( )</li> </ul>											
<input type="checkbox"/> 返還	返還事由	治ゆ・死亡・転出・他法・その他 ( )	発生年月日	平成・令和	年	月	日						

私は、特定医療費受給者証に記載された事項の変更・返還・再交付等について、上記のとおり届出します。

宮城県知事

殿

令和 年 月 日

届出者氏名

印

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック (保険変更)
<input type="checkbox"/> 保険証写し <input type="checkbox"/> 税証明 (非課税の場合) <input type="checkbox"/> 保険照会同意書 <input type="checkbox"/> 受給者証写し <input type="checkbox"/> 無収入証明書 (宮城県建設業国組のみ)

添付書類チェック (住所氏名送付先変更)
<input type="checkbox"/> 変更内容がわかるもの (送付先変更を除く) <input type="checkbox"/> 受給者証写し <input type="checkbox"/> 再交付希望の有無確認

添付書類チェック (再交付)
<input type="checkbox"/> き損, 汚損受給者証 (提出があった場合)

添付書類チェック (返還)
<input type="checkbox"/> 受給者証原本 <input type="checkbox"/> 管理票原本

HCNo

--